39
Sur les div
Riqué, Lou
Royal Coll
[539] b
Nov 11, 20

Inach 1458.

N° 3 /

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE

ÉTUDE CLINIQUE ET ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

DU SYNDROME GASTRO-INTESTINAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Novembre 1901

PAR

François BIRE

Né à Riols (Hérault), le 27 avril 1875

AIDE DE CLINIQUE MÉDICALE

à la Faculté (N° 1 concours juin 1900, Hôpital Général)

EX-ASSISTANT DES CONSULTATIONS GRATUITES DE LA VILLE DE MONTPELLIER

EX-INTERNE DE L'HOPITAL DE CETTE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

« Le tuberculeux commence souvent et finit presque toujours par la gastro-dyspepsie. »

GERMAIN SÉE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN
FORGUE ..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS
MOITESSIER.	GALAVIELLE	VEDEL.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MAIRET, *président.*	MM. MOURET, agrégé.
TÉDENAT, professeur.	VIRES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Témoignage de piété filiale.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE JOSEPH

PHARMACIEN

A MON COUSIN PAUL AMBERT

AVOCAT A LA COUR D'APPEL

F. Bire.

A Monsieur le Professeur-agrégé VIRES

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

F. Bire.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE DES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

F. BIRE.

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir notre dernier acte de scolarité, c'est un dernier devoir pour nous de témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont porté tant d'intérêt et nous ont témoigné leur amitié.

Monsieur le Doyen Mairet, de qui nous avons eu l'honneur d'être interne, hélas trop peu de temps, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous savions que son amicale bienveillance à notre égard ne se départirait pas quand le moment serait venu pour nous de quitter la Faculté et qu'il nous continuerait son amitié, car il a été pour nous plus qu'un maître. Nous n'oublierons jamais combien nous lui devons de reconnaissance. Le peu de médecine mentale que nous avons appris, nous le devons à ses leçons si claires et si intéressantes que nous avons suivies durant l'hiver 1900.

Monsieur le Professeur Tédenat a bien voulu s'intéresser à notre modeste travail ; c'est une marque d'intérêt dont nous le remercions vivement.

La bienveillance que nous ont montrée Messieurs les professeurs Carrieu, Forgue, Ducamp, les professeurs agrégés Vallois et Brousse ne s'effacera pas de sitôt de notre souvenir, et nous pouvons les assurer de notre dévoûment.

Nous ne saurions oublier le Professeur Gilis dont l'amabilité a été si précieuse pour nous. Le professeur agrégé Mouret notre compatriote a guidé les premiers débuts de nos études médicales et ne nous a pas ménagé ses conseils d'ami.

Mais il est un maître aimé, un maître inspirateur de ce travail, un maître de qui nous avons eu le bonheur d'être l'externe, l'interne

et l'aide de clinique et, plus tard, ce qui est plus encore pour nous, l'ami.

A ce maître, au professeur agrégé Vires, nous devons beaucoup. Dès son arrivée à la Faculté une sympathie naturelle s'est établie entre le maître et l'élève et durant quatre années, attentif à son enseignement, heureux de ses conseils, nous avons pu apprécier combien il tenait à nous. Dans maintes circonstances quelquefois pénibles nous sommes sorti de chez le maître avec plus de courage ; nous n'oublierons jamais ce qu'il a fait pour nous et nous l'assurons de notre reconnaissance dévouée.

Nous avons été l'interne du docteur Ducloux, chirurgien en chef des hôpitaux de Cette ; nous le remercions de nous avoir appris la pratique journalière de la chirurgie.

Le docteur Scheydt, médecin adjoint des hôpitaux de Cette, a été pour nous un ami.

Le docteur Vismard et nos amis Marty et Bertrand, avocat à la cour d'appel, connaissent depuis longtemps notre amitié ; elle durera.

Béziers, "Villa de l'Elysée" 15 septembre 1901.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE

ÉTUDE CLINIQUE ET ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

DU SYNDROME GASTRO-INTESTINAL

INTRODUCTION

Phtisie latente. — Phtisie larvée.

La question du diagnostic précoce a toujours eu, en pathologie, une très grande importance.

Eloigner le malade des causes extérieures susceptibles d'aggraver sa maladie, instituer un traitement *ad hoc*, éviter l'emploi d'une médication contraire, agir sur des affections à leur début et, par le fait même, plus curables, tels sont les motifs principaux qui engagent le médecin à se rendre compte le plus tôt possible de la nature de la maladie contre laquelle il aura à lutter.

Aussi voit-on publier journellement de nombreux signes et de nouvelles méthodes qui viennent contribuer plus ou moins à ce diagnostic prématuré.

Il en a été ainsi et surtout de la tuberculose pulmonaire, depuis que les travaux récents de Bonnet, Dettweiler, Jaccoud, G. Sée, Bouchard, Daremberg et bien d'autres sont venus démontrer la curabilité de la phtisie à ses débuts sous l'influence de l'hygiène et de la vie en plein air. Malheureusement, le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique n'est pas toujours facile.

Il n'est peut-être pas, en nosologie médicale, de maladie qui se cache sous tant d'aspects divers et évolue d'une façon aussi irrégulière.

Dès le début de nos études cliniques, nous avons été frappé de la fréquence de certains phénomènes morbides précurseurs d'une tuberculose et de leur rareté comparative dans les autres affections de la poitrine : anémie, chlorose, troubles gastro-intestinaux, troubles de la sensibilité, cardiopathie mitrale, albuminurie prætuberculeuse, existence de râles à la base et bourdonnements respiratoires, troubles oculaires. Les examens des malades auxquels nous nous sommes livré, soit à l'hôpital, soit dans notre service, soit aux consultations gratuites, là surtout, nous ont fourni de nombreuses occasions de reconnaître l'importance de ces syndromes.

Nous avons pris un syndrome à part et nous en avons fait le sujet de notre thèse. Nous avons voulu, par là, attirer l'attention du médecin sur un de ces côtés de la pathologie qui soulève une question fort grave et fort délicate à l'heure actuelle. Nous n'avons pas la prétention d'apporter des idées nouvelles sur cette question ; bien loin de nous cette pensée. Serions-nous heureux du moins si notre modeste travail pouvait profiter à quelques-uns en les mettant en garde contre un mal qui, s'il n'est pas pris au début, fait malheureusement aujourd'hui des ravages effrayants.

En effet, dans les grandes villes en particulier, le chiffre des décès dus à la tuberculose est considérable ; c'est un

dixième de la mortalité de la population au moins qui succombe chaque année. De là, l'importance essentielle qu'acquiert le diagnostic précoce d'une tuberculose au début, car il est un fait, acquis maintenant, qu'on peut guérir de la tuberculose, mais encore faut-il s'y prendre de bonne heure, et de très bonne heure !

Nous avons cherché à établir par des observations la valeur seméiologique de ce syndrome gastro-intestinal précurseur d'une tuberculose, et nous sommes arrivé à nous convaincre qu'il pouvait être d'une grande valeur et d'une utilité précieuse dans la pratique journalière du médecin.

Voilà pourquoi nous nous sommes du moins efforcé d'attirer l'attention sur un des côtés d'une affection qui, par elle-même, paraît banale. Les signes de la phtisie peuvent manquer, être insuffisants ou être masqués, et cependant il est de la plus grande importance de reconnaître, dès le début, une affection aussi grave au point de vue et du pronostic et du traitement. Tous les auteurs sont d'accord, je crois, pour reconnaître que, si quelqu'une des nombreuses médications proposées peut avoir de l'efficacité, c'est surtout quand elle intervient au commencement de la maladie, avant que celle-ci ait envahi l'organisme, avant que le bacille ait fait son travail de destruction et de mort.

Les signes physiques peuvent ne pas exister, le diagnostic peut être tenu longtemps en suspens. Il ne reste que les symptômes rationnels et généraux. Plusieurs d'entre eux ont certainement beaucoup d'importance, mais peuvent ne pas exister aussi, ou peuvent être rapportés à d'autres maladies que la phtisie. En présence de cette difficulté que doit surmonter en pratique le médecin, devant cette obscurité qui environne fréquemment le début de la tuberculose, au dire même de Laennec (Tome III, page 235), ne doit-on pas chercher à augmenter le nombre des symptômes, pour faciliter le

diagnostic de la maladie, et cela dès le début. Et plus encore on doit insister même sur certains symptômes, sans même avoir peur d'exagération.

Les symptômes traducteurs de la prise de possession de l'organisme par le bacille, révélateurs de la lutte de la cellule vivante contre ce bacille, ces symptômes sont multiples.

Les uns locaux, par exemple, limités aux sommets pulmonaires, sont sans grande difficulté rattachables à la bacillose envahissante.

Les autres, locaux encore mais non circonscrits à l'appareil pulmonaire proprement dit, semblent, au premier abord, traduire une lésion d'un organe immédiatement voisin du larynx, des bronches, des plèvres : ils sont rattachables à la tuberculose, mais un examen attentif permet néanmoins d'en découvrir la cause véritable, le mobile unique.

D'autres symptômes enfin ne semblent plus avoir aucun rapport avec l'appareil pulmonaire sur les organes voisins — ils sont communs à des maladies nombreuses — on les retrouve dans des affections disparates, et à ne s'en tenir qu'à ces symptômes, jamais le médecin n'aurait la pensée d'aller y chercher l'explication de ce qu'il observe, d'y dépister une bacillose précoce. C'est de cette dernière espèce de symptômes que nous voulons parler. Quand on dit phtisies latentes, phtisies larvées, ces symptômes, souvent étranges et en apparence étrangers à la bacillose, se manifestent au début ; ils précèdent les formes cliniques habituelles, ils se montrent avant même que la maladie soit confirmée par des signes indubitables du côté du poumon ou par l'examen bactériologique.

La bacillose existe, mais ces troubles parlent si hautement et si longtemps, qu'ils absorbent l'attention et donnent le change sur la véritable cause des altérations de la santé générale. Ce sont les formes larvées de la Tuberculose de Pidoux. Germain Sée les appelle latentes, de même Vergely.

« Il nous semble que, lorsque l'organisme est en déchéance, lorsqu'il y a une diminution dans l'activité des fonctions auxquelles correspond un habitus extérieur approprié sans manifestations symptomatiques définies, quand on ne peut permettre d'incriminer une diathèse, la tuberculose doit être désignée préférablement sous le nom de latente ». (Vergely, 44.)

Peut-être cette appellation serait-elle plus précise encore et ne serait-il pas plus rationnel de faire de ces syndromes prætuberculeux des états morbides précurseurs !

Les manifestations traitresses de la Tuberculose initiale se traduisent par trois syndromes capitaux :

1. Syndrome chloro-anémique.
2. Syndrome gastro-intestinal.
3. Syndrome cardio-vasculaire, dont la tachycardie et le retrécissement mitral font presque tous les frais. Ce sont là des syndromes bien personnels et bien observés. Mais nous n'avons à nous occuper que d'un seul, le syndrome gastro-intestinal, précurseur d'une bacillose. Ces troubles dyspeptiques peuvent être seuls et l'anémie consécutive, la tuberculose affecte alors dans ses débuts l'allure d'accidents gastro-intestinaux, à l'étude desquels, après la thèse remarquable de Marfan, nous allons consacrer l'étude de notre thèse inaugurale.

Notre travail comprend deux parties bien distinctes. Dans la première, nous faisons une étude clinique du syndrome gastro-intestinal, en insistant surtout sur la symptomatologie et sur le diagnostic ; la thérapeutique, basée sur les indications symptomatiques, les indications pathogéniques, sur les indications tirées de l'état général et de l'âge, fera l'objet de la seconde partie.

Douze observations personnelles viendront confirmer nos conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

Etude clinique du syndrome gastro-intestinal.

Souvent l'attention du médecin est appelée sur des troubles gastro-intestinaux survenus chez de jeunes sujets et à eux seuls occupant toute la scène clinique :

« Ce sont des jeunes gens, dit Peter, qui sans cause appréciable perdent peu à peu l'appétit ou du moins éprouvent un dégoût permanent pour les aliments solides et réparateurs, tels que la viande, digèrent mal ce qu'ils mangent et le digèrent avec douleur alors qu'autrefois leur appétit était vif et leur digestion indolente C'est pour de pareils troubles qu'on vous consultera. Ils vous apparaîtront alors non pas comme des désordres symptomatiques, mais comme des maladies nosologiquement classées sous le nom de dyspepsie et de gastralgie. Et rien n'est plus naturel alors que l'erreur ; le malade ne vous parle que de son estomac et ne peut vous parler que de cela qui seul le fait souffrir. Pendant des mois, plus d'une année parfois, ces malades sont considérés comme de simples dyspeptiques, jusqu'au jour où une hémoptysie, par exemple, vient détrôner la maladie véritable. »

Peter recommande de bien rechercher les signes de la tuberculose pulmonaire commençante chez ces jeunes gastralgiques, chez ces jeunes dyspeptiques.

C'est qu'en effet, encore que ces troubles gastro-intestinaux, manifestant la prise de possession de l'organisme par l'in-

fection tuberculeuse soient d'une grave fréquence, l'on voit souvent le médecin et le clinicien s'attarder au diagnostic insuffisant de dyspepsie, se contenter de l'étiquette banale de gastralgie et méconnaître la cause et la nature de ces simples symptômes.

Déjà en 1859, Hugher Bernett disait expressément :

« L'apparition des premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire est précédée de troubles dyspeptiques très marqués, la perversion de l'appétit, l'anorexie, la saleté ou la netteté anormale de la langue, l'acidité exagérée de l'estomac et de l'intestin, des alternatives de diarrhée et de constipation, tels sont les phénomènes que l'on observe le plus ordinairement et ils peuvent être rapportés à un état morbide des premières voies. »

Le mode de début de la phtisie a été signalé par la plupart des médecins observateurs :

Bourdon, Cazeneuve, Marfan surtout, montrent par des statistiques la fréquence de ce syndrome précurseur, et sur 34 phtisiques du service de Bucquoy, Marfan l'observe 21 fois à titre de phénomène initial, Bourdon l'avait noté dans plus de 2/3 de la tuberculose commençante.

Donc ce syndrome est fréquemment rencontré.

Comment se manifeste-t-il en clinique ?

A-t-il des symptômes à lui personnels ? Ou bien sont-ce des symptômes ordinaires et banaux de toute atteinte gastro-intestinale ?

Nous ne citerons que pour mémoire un signe précoce rencontré dans les voies digestives supérieures parce qu'il est de date ancienne et parce qu'on a voulu récemment le donner comme une découverte récente.

Dutchel (medical in surgical-reporter 1860, Philadelphie) cité par Jaccoud, appelle l'attention sur le signe objectif suivant un liséré gingival déjà signalé par Thompson (lectures

and consomption). Le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines et a un aspect festonné : la largeur de ce liséré est variable ; ce n'est quelquefois qu'une ligne très étroite ; ailleurs il a plus de deux lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ces caractères se prononcent davantage, ce liséré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives, mais on le voit aussi fréquemment autour des molaires.

.Sur 48 phtisiques, Dutchel a trouvé 48 fois ce liséré. Dans quelques cas, ce signe précède de deux ou 3 ans tous les autres symptômes de la phtisie pulmonaire.

A côté du liséré gingival, il est important aussi de tenir grand compte des aphtes, sur la langue et sur les parties profondes de la bouche, ils sont douloureux et multiples. Miquel cite un cas d'un malade qui, dans la crainte de la douleur, refusa de s'alimenter et mourut.

La phtisie en voie d'évolution traduit avant la localisation pulmonaire son action sur l'organisme par les troubles gastro-intestinaux suivants : Inappétence ; Digestion laborieuse ; Dilatation de l'estomac ; Diarrhée.

Inappétence. — Le malade a perdu l'appétit, a perdu la sensation de faim, et cette perte est uniforme, généralisée, nous voulons dire qu'elle s'étend par là à tous les aliments. C'est souvent même le dégoût complet et une sensation de faim satisfaite, de plénitude stomacale, constante, chimique qui rend toute tentative d'ingestion alimentaire impossible.

Mais quelquefois l'appétit est perverti, les substances aigres, épicées, les boissons glacées, semblent préférées, probablement parce que le malade croit y trouver un soulagement.

Digestion laborieuse. — Est celle qu'on étiquette au rang de dyspepsie; après l'ingestion d'aliments, l'estomac se tend, le sujet le sent devenir volumineux à l'épigastre.

Bientôt surviennent des douleurs légères et passagères, tantôt vives, ardentes, violentes, véritables brûlures, avec irradiations œsophagiennes et qui durent tout le temps que se produit le travail digestif dans l'estomac.

Tension stomacale et brûlures sont sous la dépendance causale directe des fermentations anormales et viciées.

Celles-ci font naître aussi des éructations très douloureuses, quelquefois des régurgitations acides vives comme un fer rouge.

Ces symptômes se montrent esquissés d'abord, ou d'emblée revêtant leur plus grande acuité. Le plus souvent, ils se montrent quand l'estomac contient encore des aliments, c'est-à-dire après les repas.

Mais il n'est pas rare de les voir se réaliser de 4 à 5 heures après ceux-ci. Le malade salive abondamment, il éprouve la brûlure violente au creux épigastrique, les gaz brûlants acides s'échappent à travers l'œsophage endolori; une toux quinteuse, réflexe, se produit, le malade porte la main à l'estomac, douloureux, sensible, et des vomissements se produisent, aigres, acides, corrodant les gencives et laissant aux dents et à la bouche la saveur des fruit verts.

Dans la forme intense le malade n'attend pas cette phase avancée de la digestion et réalise le vomissement immédiatement après le repas.

Dilatation de l'estomac. — La dilatation de l'estomac existe chez les 2/3 des tuberculeux, et si, dit Huchard, on la recherche assez tôt, on peut se convaincre que les signes physiques de dilatation ont précédé de longtemps, quelquefois, les premiers troubles révélateurs de la tuberculose.

Diarrhée. — L'intestin réagit contre les produits digestifs anormalement élaborés dans l'estomac des tuberculeux occultes, ou peut être atteint à son tour et d'une façon précoce de la toxi-infection tuberculineuse ; aussi le prætuberculeux présente-t-il le plus souvent des alternatives de diarrhée et de constipation. C'est une diarrhée fétide que rien n'arrête, que ne jugulent ni les antiseptiques ni les astringents, que ne modifie ni l'alimentation sévère, ni le régime lacté, c'est une diarrhée quelquefois douloureuse avec de pénibles épreuves de striations sanguinolantes, un sentiment de brûlure dans tout l'abdomen... et le malade maigrit, se couche, se voûte. . et bientôt fait de la fébricule vespérale.

D'autres fois, plus rarement, c'est la réaction inverse et l'on est consulté pour une constipation douloureuse à début insidieux, résistant aux médicaments intenses, et aux lavements et s'accompagnant d'amaigrissement, de perte de forces, de fièvre, de débilité.

Tels sont les symptômes gastro-intestinaux prœtuberculeux. Il est cependant un symptôme d'origine variable et qui précisément peut s'observer chez un sujet en puissance de tuberculose.

C'est le symptôme : palpitations.

Nous savons qu'on définit ainsi la sensation de battements de cœur exagérés et rapides et pénibles.

Il ne s'agit pas que le cœur batte plus vite, il faut encore que les battements de cœur soient perçus douloureusement pour qu'il y ait palpitation ; or, ce symptôme reconnaît souvent pour cause chez le tuberculeux le mauvais fonctionnement des voies gastro-intestinales, et il prend sa place dans le syndrome dont nous venons d'esquisser l'aspect clinique à côté de la dyspepsie, de la diarrhée, de la dilatation de l'estomac.

Hirtz disait : « Toutes les fois qu'un malade se plaint du cœur, examinez le poumon. »

« Cela est vrai, dit Potain, car les affections pulmonaires peuvent à leur manière influencer l'innervation cardiaque. » Mais il serait encore plus juste de dire : « Toutes les fois qu'un malade se plaint du cœur, recherchez l'état de son estomac et de son intestin, car les palpitations qui prennent leur origine dans quelque trouble de ces derniers organes sont encore beaucoup plus fréquentes. »

Il ne faut donc pas oublier qu'à côté et qu'au-dessus, comme fréquence et comme valeur diagnostique, des palpitations cardiaques il faut faire une large part aux palpitations gastro-intestinales ; elles accompagnent fréquemment le symptôme initial du début.

Ces états morbides spéciaux n'ont donc rien de personnel et il semble tout au moins prématuré de les grouper en entités définies et rattachables à des affections connues ; du reste, leur pathogénie est obscure et même les recherches gastro-chimiques récentes n'y ont pas apporté une vive lumière.

Schetz et Immelmann ont toujours retrouvé la sécrétion chlorhydrique normale.

Brieger et Hayem, tantôt de l'hypochlorhydrie, tantôt de l'hyperchlorhydrie ; — d'autres, Hildebrand, par exemple, incriminent une gastralgie post-cibum souvent très vive et correspondant chimiquement à l'hyperpepsie de Hayem.

Or, Hayem, en 1893, étudiant les gastropathies et la phtisie pulmonaire, rapporte que ces gastropathies précédant la tuberculose peuvent avoir une forme symptomatique quelconque ; leurs caractères seméiologiques n'offrent rien de spécial, leurs lésions sont banales, ce sont celles de la gastrite mixte, interstitielle, parenchymateuse ; leurs rapports avec la tuberculose, évoluant silencieusement dans le poumon,

n'existent pas, ils sont expliqués par une autre cause, un régime mal approprié, une alimentation vicieuse, l'usage de médicaments toxiques.

Contentons-nous donc, pour le moment, de faits cliniques, gardons ce qui est d'observation fréquente, et qui s'appuie sur l'observation et l'étude du malade, et à ce point de vue, Mathieu, tout récemment (*Gazette des Hôpitaux*, 1900), a résumé, à notre avis très heureusement, les multiples aspects du syndrome gastro-intestinal tuberculeux.

« On peut, dit-il, d'une façon un peu schématique, je le reconnais, décrire plusieurs types de dyspepsie initiale dans la tuberculose.

Le type dyspeptique banal ;

Le type pseudo-chlorotique ;

Le type neurasthénique grave ;

Le type avec grande dilatation de l'estomac ;

Le type avec vomissements incoercibles.

a) Dans le **type dyspeptique banal** on observe, avec de l'anorexie plus ou moins marquée, du malaise après le repas, de la pesanteur, du gonflement, des renvois, quelquefois des brûlures, du pyrosis ; ces phénomènes ne diffèrent, en somme, pas de ceux qu'on observe communément chez les neurasthéniques.

b) Le **type pseudo chlorotique** est plus intéressant, il appartient surtout aux jeunes filles, c'est en somme le type que nous avons retrouvé et étudié dans nos observations, car la fréquence en est extrême autant que méconnue et souvent très peu dépistée dès le début, ce type est l'apanage des jeunes filles et des jeunes femmes. Elles maigrissent, s'affaiblissent, pâlissent, sont facilement essoufflées. A l'examen superficiel, on les prend pour de simples chlorotiques et Mathieu signale ces troubles que nous avons déjà indiqués ; d'après G. Sée, les troubles dyspeptiques ou sembla-

bles à ceux du type précédent, plus douloureux assez souvent, complètent le tableau clinique.

c) **Le type neurasthénique grave** d'emblée est plus rare que le précédent. C'est un effondrement extrême; les malades se sentent écrasés par une insurmontable fatigue; ils dorment mal, s'éveillent éreintés, incapables de tout travail.... et Mathieu répète : « Croyez-moi, défiez-vous du diagnostic, si facile et si commode de neurasthénie; cherchez avec soin s'il n'existe pas quelque grave affection de la nutrition, albumine, diabète.... et en particulier craignez le début de la tuberculose....»

d) **La dyspepsie avec dilatation de l'estomac** constitue encore une forme clinique de dyspepsie initiale de la tuberculose ; ce sont les phénomènes objectifs et subjectifs de la dilatation stomacale, si bien mis en lumière par le professeur Bouchard, et surtout des vomissements alimentaires abondants le matin, à jeun, et dans lesquels on reconnaît les détritus alimentaires; d'odeur infecte, ingérés de la veille.

e) **Dans le type avec vomissements incoercibles,** ce sont surtout les vomissements qui attirent l'attention et réclament la thérapeutique du médecin, ces vomissements ne se produisent qu'après le repas. C'est qu'en effet, les tuberculeux toussent parce qu'ils ont mangé, vomissent parce qu'ils toussent comme l'a établi Peter.

Les vomissements peuvent survenir le matin à jeun, il y a, avec cela, dilatation stomacale et un type qui emprunte au précédent.

Tels sont les accidents gastro-intestinaux ; leur diagnostic ne nous sera pas difficile en tant que diagnostic symptomatique ; mais il faudra nous efforcer de dépasser ce diagnostic et de faire un diagnostic étiologique et pathogénique.

Il ne faut pas se contenter de simple étiquette dyspepsie,

gastralgie, gastrite, mais, au contraire, se bien convaincre que nous n'aurons fait que la moitié de notre tâche, le chemin le plus important reste encore à parcourir. Aurons-nous quelque chose qui, au moins, puisse nous guider ? Aurons-nous des indices au moins qui nous feront soupçonner la tuberculose en germe ?

Trois symptômes, en définitive, attirent notre attention et contrarient le malade :

— C'est la **dyspepsie ;**

— Ce sont **les vomissements post-cibum ou matutinaux ;**

— C'est la **diarrhée.**

Mais comment pourrons-nous arriver à une certitude parfaite qu'une dyspepsie est un accident tuberculeux ?

Germain Sée nous enseigne que nous pourrons relever les indices suivants de la phtisie à forme dyspeptique :

a) L'**anorexie** est ordinairement complète, absolue, c'est-à-dire qu'elle s'applique à tous les aliments.

b) La **digestion est lente**, pénible, avec un sentiment de brûlure le long de l'œsophage, du pyrosis au creux épigastrique, regurgitations acides, des rapports gazeux contenant des gaz de fermentation de la masse alimentaire.

c) Il existe de **vives douleurs stomacales et dorsales.**

d) Un **gonflement tympanique** des organes digestifs ou constipation et rarement de la diarrhée, du moins au début. Or, la dyspepsie primitive n'est jamais ni si absolument caractéristique, ni si apeptique, ni si durable que la dyspepsie prætuberculeuse.

De plus, le tuberculeux perd vite ses forces, sa graisse, sa musculature ; il oxyde d'une façon exagérée, il répare insuffisamment ; le simple dyspeptique n'assimile qu'incomplètement.

C'est surtout les vomissements qui préoccupent le malade et frappent le médecin : Berthier nous dit : « Le matin au

réveil, ou après le repas du soir, le malade est pris de quintes de toux plus intenses et le plus souvent il vomit ».

Pour Bourdon, Andral, Louis, ces vomissements seraient le résultat d'un processus d'ulcérations gastriques.

Marfan, au contraire, croit à l'excitation du pneumogastrique par les aliments. Berthier a mis en avant l'hyperesthésie du pharynx.

Or, le vomissement est causé par la toux, la toux étant elle-même produite par l'estomac dilaté, encombré par des produits de la digestion.

« Vous verrez, dit Peter, des tuberculeux qui toussent dès qu'ils ont mangé, vous en verrez d'autres qui toussent parce qu'ils ont mangé et qui vomissent alors parce qu'ils toussent; vous en verrez d'autres enfin qui, ayant mangé, toussent, vomissent et palpitent.»

Dans tous les cas, c'est la présence des aliments dans l'estomac, parce que ceux-ci viennent d'y être ingérés, ou parce qu'ils y stagnent et s'y décomposent à la faveur d'une dilatation stomacale si fréquente. Or, ce vomissement avec les caractères symptomatiques tel est que nous l'avons étudié est d'une très grande importance.

Il n'y a, en effet, que deux maladies qui par la toux déterminent le vomissement, à savoir : la coqueluche et la tuberculisation pulmonaire. De telle sorte qu'il en découle immédiatement cette déduction diagnostique que tout individu qui vomit parce qu'il tousse, s'il n'a pas la coqueluche, a des tubercules dans le poumon.

Aussi en pratique, convaincus de l'importance de cette conclusion clinique, il ne faut pas se contenter, avec Bérard et Cornil, d'admettre la nécessité de surveiller la poitrine des individus qui sont pris de vomissements, que l'état de l'estomac n'explique pas suffisamment.

Certes, penser ainsi c'est bien, mais affirmer que les vomis-

sements masquent, cachent la bacillose commençante, c'est mieux et plus profitable au malade.

La diarrhée est souvent chez les classiques considérée comme un symptôme de phtisie très avancée.

Il n'en est pas toujours ainsi : c'est souvent un signe précoce et il faut tenir pour suspectes ces diarrhées qui surviennent sans cause, ces diarrhées au long cours, qui alternent, qui cessent et repartent aussitôt, en un mot ces diarrhées rebelles et incoercibles, que la plupart du temps on ne parvient à s'expliquer (Observation de Vergely).

Il faudra se méfier de ces diarrhées qui suivent des poussées de constipation ou qui sont rebelles à tout remède, que n'améliore pas la diète lente et sévère ; si le malade perd ses forces, s'amaigrit, se voûte, s'il devient sensible au froid, nous affirmerons qu'il y a de la bacillose sous roche ;.... les signes stéthoscopiques, la fièvre, des troubles généraux, viendront confirmer notre diagnostic et fixer notre hésitation.

Ainsi donc, dyspepsie, vomissement, diarrhée survenant chez des individus jeunes ou vieux et que n'expliquent pas des lésions anciennes du trajet gastro-intestinal, doivent être tenues en suspicion, et par les signes déjà décrits plus haut, il sera aisé de pressentir une tuberculose en voie de prise de possession d'un organisme.

Il est encore un mode spécial indiqué par Vergely et qui pourrait égarer le diagnostic : c'est l'auto-intoxication gastro-intestinale. Les troubles gastriques sont ceux que nous connaissons ; ils résistent aux traitements les plus rigoureux. Or, examinez le foie, vous le trouvez gros, parfois douloureux, surveillez les selles, elles sont fétides, noirâtres, capricieuses. L'urine contient du scatol, de l'urobiline, parfois de l'albumine. Donnez des antiseptiques intestinaux, des cholagogues, faites la thérapeutique de l'auto-intoxication, et ces troubles disparaîtront.

Il importe donc, avec Vergely, de rechercher attentivement s'il n'y a pas chez les dyspeptiques de l'intoxication gastro-hépatique.

Il est enfin un autre diagnostic que l'on voit souvent porter dans des cas semblables, celui d'accidents de nature hystérique.

Certes, il ne faut pas nier que l'hystérie, cette grande simulatrice, peut imiter à la perfection les formes cliniques les plus bizarres et les plus rares, mais cependant nous ne devons pas nous contenter de ce diagnostic si facile et aussi commode que l'est celui de neurasthénie. Il faut aussi se rappeler que beaucoup d'hystériques deviennent tuberculeux, ne pas oublier qu'hystérie et tuberculose ont les liens les plus étroits, la parenté la plus intime. Le professeur Grasset a montré que l'hystérie peut être de nature tuberculeuse, qu'elle peut remplacer la phtisie pulmonaire chez un membre de la famille tuberculeuse au même titre que la méningite tuberculeuse la représente chez un autre et le mal de Pott chez un troisième.

Et même si, les ayant recherchés avec soin, on retrouve les stigmates de l'hystérie, ressortissant à la motilité, à la sensibilité, à la nutrition, même dans ce cas, il faudra tenir pour suspects la toux, les vomissements, s'inquiéter de la perte des forces, de la lassitude, de l'anorexie du malade ; c'est alors que l'examen de la poitrine ne doit pas être négligé et fait à la légère ; car souvent le diagnostic d'accidents hystériques gastro-intestinaux est un diagnostic boîteux et qui équivaut à celui : d'accidents gastro-intestinaux de nature tuberculeuse.

Quant aux vomissements soit de nature cancéreuse de l'estomac ou de l'intestin, soit consécutifs à l'*ulcus rotondum*, il nous sera facile de les reconnaître.

Les vomissements de la colite muco-membraneuse sont

tout à fait différents, et nous n'aurons pas beaucoup de peine à diriger notre attention vers un diagnostic que des symptômes bien établis viendront confirmer.

Voilà ce qu'est le syndrome gastro-intestinal précurseur d'une tuberculose. Nous en avons mesuré toute la valeur et nous avons insisté sur son importance capitale ; nous n'avons rien négligé pour avoir bien en main les indices qui nous le feront dépister et nous donneront l'explication de la cause.

Il ne faut guère compter sur le chimisme pour trancher la difficulté ; il faudrait, du reste, un outillage et un laboratoire, et la pratique ne peut prétendre à ces analyses savantes et doit se passer de cette technique permise à l'élite et à l'hôpital.

Mais encore ne devons-nous pas nous laisser hypnotiser par des phénomènes qui tombent brutalement sous nos sens : éloignons de nous cette façon d'agir et ne nous contentons pas d'un diagnostic symptomatique, allons à la recherche d'un diagnostic causal.

En pratique, quelle que soit la forme de dyspepsie, de gastralgie, de gastrite que l'on a observée, ayons toujours notre attention éveillée, songeons à une tuberculose possible, et souvent nous ne serons peut-être pas certains, mais amenés à asseoir définitivement notre diagnostic pathogénique. Il faudra tenir grand compte de l'état général, de l'état des forces ; ces malades ont souvent de la fièvre, des sueurs nocturnes ; un dyspeptique simple ne présente rien de semblable.

Nos prætuberculeux maigrissent rapidement ; font de la fièvre légère surtout vespérale ; ce n'est pas le fait d'un banal dyspeptique, et avec la crainte d'abord, avec la certitude ensuite nous arriverons à poser des indications thérapeutiques plus précises et surtout le plus profitables au malade.

Observation Première

(Personnelle)

(Observation prise à la consultation gratuite)

Troubles dyspeptiques avec chloro-anémie annonçant une tuberculose pulmonaire tout à fait au début.

N..... Emilie, 15 ans, couturière, née à Fondamente (Aveyron), domiciliée à Montpellier, se présente à la consultation la première fois le 20 novembre 1900.

Antécedents héréditaires.— Frère mort de méningite tuberculeuse, autre frère mort de convulsions, père tuberculeux, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole, urticaire, réglée à 14 ans 1/2, les dernières règles ont cessé au mois d'octobre 1900.

Cette jeune fille se plaint depuis deux ans, surtout d'une faiblesse générale, elle digère très mal, elle a de l'anorexie avec vomissements nocturnes, aigreurs d'estomac, diarrhée fréquente, la malade a beaucoup maigri.

Ne tousse pas en ce moment, s'enrhume facilement en hiver, après le repas sensation de froid, dyspnée d'effort. Les paupières sont quelquefois bouffies le matin au réveil. Le faciès est pâle, les muqueuses sont décolorées, le teint n'a rien de subictérique rappelant le faciès chlorotique.

Pouls : normal, artères petites.

Cœur : pas de choc à la pointe, pas de souffle.

Cou : bruit de rouet, souffle symptomatique d'anémie.

Poumon : sommet gauche ; respiration soufflante aux deux temps, submatité, expiration prolongée.

La dyspepsie ancienne et invétérée ; l'examen du poumon gauche, les signes cardio-vasculaires qui dans la suite ont

apparu successivement, font conclure à une dyspepsie avec anémie symptomatique de tuberculose pulmonaire. Un traitement énergique s'adressant à l'état général, aux symptômes dyspepsie et anémie a été prescrit; la malade est venue régulièrement chaque semaine, nous l'avons revue mainte et mainte fois ; son état général s'était un peu relevé en mars 1901, mais les signes pulmonaires sont allés en s'aggravant ; la malade a été obligée de s'aliter quelque temps après ; nous ne l'avons plus revue.

Observation II

(Personnelle)

(Service de M. le professeur-agrégé Vires, Clinique de l'Hôpital-Général)

Troubles gastro-intestinaux précurseurs d'une tuberculose pulmonaire.

Léontine Loubier, 18 ans, employée à la buanderie, lit n° 11, salle Sainte-Philomène.

Entre, pour la première fois, à l'infirmerie, le 5 février 1901, se plaignant de douleurs de tête : garde lit 3 à 4 jours avec hyperthermie légère ne dépassant jamais 37°,7, ne présentant, en outre, que des troubles digestifs : langue chargée, anorexie, flatulence du côté de l'estomac, diarrhée ; après une purgation et un repos de 8 jours, la malade est rétablie et reprend ses occupations.

Le 21 février, la malade, éprouvant encore une céphalée intense, une faiblesse générale, rentre de nouveau à l'infirmerie. Les phénomènes gastriques sont prédominants : anorexie, langue saburrale, aigreurs, renvois acides à certains moments, diarrhée ; la nuit, la malade fait un épistaxis ; elle dort peu.

A l'examen, ventre souple mais gargouillements bien nets dans la fosse iliaque droite ; diarrhée.

La température, qui est de 37°,5 ce jour-là, monte, le lendemain, pour atteindre 38°,6. Sous l'influence de la quinine et de l'antipyrine qui a été administrée à petite dose, la température tombe, le 24, à 37°. L'état général paraît se remonter, mais les troubles gastro-intestinaux persistent; la malade ne tousse pas,

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère mort de tuberculose, quatre sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels.— La malade a eu, à 2 ans, la rougeole, à 9 ans la fièvre typhoïde; indépendamment de ces maladies, bonne santé relative. Réglée à 14 ans 1/2.

Etat actuel. — Le 3 mars, mêmes phénomènes et mêmes troubles digestifs que les jours précédents; la température oscille entre 37°,5 et 38°,4. Légères douleurs de ventre, quelques gargouillements, diarrhée paraît s'amender.

Poumon : Sommet droit à l'auscultation, rudesse inspiratoire, expiration prolongée; à la percussion, submatité.

Sommet gauche : râles crépitants, râles secs, quelques craquements.

Cœur : Bat avec énergie, tendance à la tachycardie; pouls 135.

Le séro-diagnostic de l'Éberth fait ce jour-là est négatif.

Le soir, la malade est prise de douleurs rétro-sternales; elle a subitement une quinte de toux immédiatement suivie d'une abondante hémoptysie. La quantité de sang peut être évaluée de 200 à 250 grammes.

Le 4 mars, la température est à 38°. Le pouls est redescendu; on donne 1 gr. 50 d'ergotine en potion; l'hémoptysie a cessé.

Poumon : A l'auscultation, on trouve un souffle nettement localisé au sommet droit, retentissement vocal, pectoriloquie aphone, pas de matité mais exagération des vibrations.

Le 6. Dans la journée, la malade a une nouvelle hémoptysie aussi abondante que celle du 3 mars; elle a une petite toux sèche, rebelle, fréquente, surtout le soir; la température monte à 39°, le pouls est à 110. Cependant l'état général est toujours à peu près.

Ergotine	0,10
Tannin	0,05
Extrait d'opium	0,01

pour une pilule n° 6, 1 pilule par heure.

En même temps :

Antipyrine } ââ 0,50.
Quinine }

pour un cachet.

Glace, limonade citrique, sinapismes.

Le 8. Les règles, qui avaient cessé depuis trois mois, sont revenues.

Plus d'hémoptysie abondante ; mais après la toux un peu d'expectoration sanglante.

La température est à 38°,2, Le pouls à 120.

Le 12. Crachats nettement purulents. Râles fins de congestion au sommet droit.

Le 17. Amélioration : la toux cesse, la température est à 37°,2 le matin et 37°,5 le soir. Le pouls est à 100. La malade se lève.

Le 26. L'amélioration persiste, mais l'appétit est mauvais.

Le 28. La malade continue à se lever. La diarrhée a complètement disparu ; on donne des bains de pied et des sinapismes aux membres inférieurs.

Le 15 avril. La malade va beaucoup mieux et on lui permet de reprendre ses occupations. Un traitement énergique contre son état général, contre sa dyspepsie et contre sa tuberculose pulmonaire est prescrit.

Observation III

(Personnelle)

(Service de M. le professeur-agrégé Vires, Clinique de l'Hôpital-Général)

Troubles gastriques très marqués annonçant longtemps à l'avance le développement d'une tuberculose pulmonaire. La malade, en outre, est porteuse d'un rétrécissement mitral pur.

Emilie G..., âgée de 32 ans, lingère à l'hôpital général, lit n° 11, salle Sainte-Philomène.

Antécédents héréditaires. = Père inconnu ; la mère est morte à une époque où la malade était trop jeune pour se rappeler quoi que ce soit à son sujet.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure si ce n'est un séjour au lit d'une quinzaine de jours, il y a 11 ans, avec troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée, anorexie, faiblesse générale, toux gastrique, douleurs thoraciques).

La malade a été réglée à 17 ans seulement ; depuis, les règles ont été régulières et de durée de 8 jours chaque fois.

Début de la maladie actuelle. — La malade, que nous voyons pour la première fois, fait remonter sa maladie à 11 ans de date, c'est-à-dire à l'époque où elle garda le lit un certain temps. En même temps que ces troubles gastro-intestinaux continuels, des palpitations de cœur vinrent troubler la santé d'Emilie G...: elle était essoufflée au moindre effort ; la dyspnée s'exagérait à la suite d'exercices physiques même modérés, par exemple par le fait de monter un escalier. Les crises douloureuses au début ont devenues de plus en plus fréquentes jusqu'au moment où la douleur est restée continue au niveau de la région précordiale.

Du côté de l'appareil respiratoire, nous retrouvons, en

interrogeant la malade, qu'en dehors des troubles dyspnéïques déjà cités, il y a 6 ou 7 ans, Émilie G... était sujette à des expectorations sanguinolentes qui ont débuté subitement un jour, tandis qu'elle était occupée à remplir des coussins de plumes. Elle prétend cependant ne pas être sujette à s'enrhumer.

De temps à autre, se manifestaient des troubles digestifs tels que : vomissements, diarrhée, lourdeur d'estomac.

Depuis trois mois, la malade a remarqué qu'elle maigrissait progressivement, et que son état général se laissait aller à une grande faiblesse.

Pas de troubles nerveux, si ce n'est des maux de tête fréquents, sueurs nocturnes très fréquentes aussi.

État actuel. — Le 8 décembre 1900, la malade, très fatiguée, ne peut plus travailler et s'alite ; grande faiblesse générale, pas de frissons.

Toux sèche sans expectoration depuis deux jours environ. L'appétit est mauvais ; la malade vomit après l'ingestion d'aliments, les œufs surtout ; selles normales La température s'élève légèrement au maximum vers les 4 heures du soir, 37°,9.

Sueurs nocturnes, surtout le matin au réveil, sommeil court, maux de tête le soir, douleur intermittente au côté gauche du thorax et dans le dos.

Examen direct. — Faciès amaigri : décoloration générale des muqueuses ; pommettes des joues sont rosées.

Sur les tempes et sur les doigts apparaît une éruption exanthème pseudo-scarlatiniforme. Lethorax est amaigri ; les muscles sus et sous-scapulaires sont atrophiés ; les creux sus-claviculaires sont fortement accusés.

Appareil circulatoire. — On note un soulèvement de la région précordiale à chaque contraction cardiaque ; la pointe

bat dans le 6e espace intercostal sur une ligne passant par le mamelon ; la paume de la main appliquée à cet endroit, perçoit le frémissement cataire. Au stéthoscope, on entend à la pointe un dédoublement du second bruit, avec un souffle au second temps.

Le souffle se propage dans l'aisselle, le rythme cardiaque est accéléré ; de plus, il est irrégulier et présente des faux pas.

Pouls : 120 pulsations à la minute avec intermittence.

Appareil respiratoire. — En avant aux sommets, rien à la percussion.

A l'auscultation, respiration soufflante aux deux sommets et principalement au sommet droit et aux deux bases ; obscurité respiratoire au sommet droit avec expiration prolongée ; respiration soufflante au sommet gauche ; sous-crépitants, très humides aux deux bases, sur toute la région gauche du thorax et surtout à la base on entend très distinctement les battements du cœur.

La malade fait une poussée de bronchite. La température monte à 38°,3 avec grandes et petites oscillations, atteignant, le 18 décembre, 40°, pour redescendre, le 19, à 38°.

Traitement. — Boulettes de viande crue n° 40. Jus de viande 60 grammes ; sirop iodo-tannique 60 grammes *pro die.*

La malade garde le lit tout le mois de décembre.

Le 19 décembre, antipyrine à dose filée : 1 gramme en cinq cachets : à prendre, trois dans la soirée de quart d'heure en quart d'heure ; la température tombe et se maintient à la normale.

Le 24 décembre 1900, la malade accuse un mieux sensible ; elle veut se lever pour les fêtes de Noël.

Le 7 janvier 1901. La malade est prise subitement de suffocation après le repas du soir : quinte de toux, vomisse-

ments ; à minuit, hémoptysie foudroyante qui enlève la malade le 8 janvier au matin.

L'autopsie n'a pu être faite pour des raisons d'ordre administratif.

Dans cette observation, il est à noter surtout pour nous ces troubles dyspeptiques s'annonçant 11 ans à l'avance ; la toux, les symptômes cardio-pulmonaires ne sont venus que bien longtemps après. Elle est intéressante en ce sens que l'on peut constater la lenteur avec laquelle la tuberculose a évolué et la rapidité avec laquelle, une fois la prise de possession du terrain bien établie, la malade a été frappée.

Observation IV

(Personnelle)

(Prise à la consultation gratuite)

Troubles dyspeptiques symptomatiques d'une tuberculose pulmonaire au début.

Jeanne B.., 17 ans, employée dans une filature de coton, née à Béziers, domiciliée à Montpellier, boulevard Strasbourg.

Vient, pour la première fois, à la consultation gratuite le 15 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Mère asthmatique ; père, frères bien portants.

Antécédents personnels.— Fièvre de croissance ; rougeole à 3 ans, petite vérole légère à 6 ans ; s'enrhume facilement en hiver, tousse tous les hivers.

Règles : A été réglée à 13 ans.

Cette malade vient à la consultation, se plaignant surtout de l'estomac : anorexie, vomissements, pesanteur gastrique ; vomit surtout après le repas.

Sueurs nocturnes, a beaucoup maigri ; a été obligée de

laisser de côté sa profession pour venir à Montpellier, chez ses parents, où elle se repose. Il y a deux ans, a eu une grande hémorragie du côté de l'utérus, hémorragie qui a duré 18 jours.... le sang, depuis, n'a jamais été bien coloré ; les règles sont irrégulières : tantôt durent trois semaines, tantôt trois, quatre jours Chaque fois que la malade met son corset, les règles apparaissent.

Elle a un grand dégoût de la viande, digère très mal, appétit fantasque, diarrhée avec intervalle de constipation ; vomissements, bourdonnements maux de tête, névralgie temporo-faciale droite.

A beaucoup maigri, se plaint d'une grande faiblesse.

Cœur : Souffle présystolique.

Jugulaires : Bruit de rouet.

Poumon : Sommet droit : submatité et expiration prolongée ; sommet du côté gauche, respiration faible et rude.

Observation V

(Thèse de Marfan, 1887. — Résumée)

Troubles gastriques très marqués annonçant 2 ans à l'avance le développemen d'une tuberculose pulmonaire.

E... B..., 29 ans, soigné par Bucquoy.

Comme antécédents héréditaires, à signaler un père soigné et guéri d'une péritonite tuberculeuse.

Le malade, après avoir joui d'une santé parfaite, voit, en 1880, son appétit devenir irrégulier et souffre d'une douleur gastrique terrible. Cette douleur siège au creux épigastrique et accompagne presque tous ses repas. Pas de vomissements.

Ces crises douloureuses durent 2 ans sans aucune atténuation. Le malade n'a pas encore toussé. La toux et les symptômes respiratoires ne commencent qu'au bout de ces deux

ans, à la suite d'une hémoptysie. M. Bucquoy, qui l'examine alors, lui trouve des signes stéthoscopiques très nets de tuberculose.

Observation VI

(Résumée).

(Thèse de Marfan, 1887. — Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 28).

M... Cécile, domestique... Pas d'antécédents héréditaires. Présente, depuis deux ans, des troubles gastriques, appétit capricieux et bizarre. Passion pour les citrons ; digestions pénibles sans vomissements, constipation opiniâtre. Léger amaigrissement.

Quelques mois après, toux peu fréquente d'abord, bientôt quinteuse et rarement suivie d'expectoration.

L'auscultation révèle, au sommet droit, une obscurité respiratoire légère, à gauche, quelques frottements avec obscurité du murmure vésiculaire.

Observation VII

(Thèse de Battle : observation résumée)

Tuberculose pulmonaire. Début à forme d'embarras gastrique fébrile.

Arsène D..., 12 ans, entré à l'hôpital des Enfants malades, salle Saint-Thomas, n° 28, le 18 novembre 1887.

Pas d'antécédents héréditaires. Les antécédents personnels ne présentent rien de particulier.

Débuts de la maladie. — Il y a 2 mois, après avoir dîné de bon appétit, le jeune D..., se plaignait de douleurs abdominales et finit par vomir. La fièvre se déclara, la diarrhée s'établit et persiste environ quinze jours. Au bout de ce temps, l'enfant se rétablit.

Le 1er novembre, réapparition des mêmes symptômes, atténués, cette fois, nausées mais sans vomissements, douleur gastrique, fièvre légère, amaigrissement notable.

Etat actuel. — Toux peu fréquente, peu fatigante, sans expectoration.

La palpation et la percussion ne fournissent que des nuances incertaines.

L'auscultation révèle, à gauche, une inspiration soufflante.

L'estomac est légèrement dilaté

L'appétit est faible, les digestions assez faciles. Pas de diarrhée.

Le 4 juin 1888, les signes stéthoscopiques se sont accentués.

L'oreille perçoit, en outre une inspiration rude et soufflante aux deux sommets, quelques râles cavernuleux. La toux est devenue grasse, l'expectoration muco-purulente, et l'examen des crachats permet d'y constater la présence de bacilles tuberculeux.

Observation VIII

Clinique médicale de M. le professeur Grasset (hôpital Suburbain)
(Observation prise avec notre excellent ami le Dr Calmette, chef de clinique

Bacillose pleuro-péritonéale. — Troubles dyspeptiques annonçant cinq ans à l'avance une bacillose.)

M... G..., âgée de 24 ans, entre dans le service de M. le professeur Grasset le 8 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire.

Son mari est mort de tuberculose pulmonaire le 4 avril 1901, dans le service de M. le professeur Grasset, salle Fouquet, n° 29. Il était bacillaire avant son mariage et avait eu des hémoptysies n'étant pas encore marié.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 8 ans, rougeole à 9 ans. De 9 à 14 ans, la malade tousse tous les hivers; la toux est sèche et non suivie d'expectoration.

Réglée à 14 ans, à partir de cette date, elle ne tousse plus jusqu'à l'âge de 18 ans.

A 18 ans, la malade se met à tousser; elle a des hémoptysies légères, de la dyspnée. Ces phénomènes persistent six mois avec des périodes de rémission, puis se calment complètement et disparaissent.

A l'âge de 19 ans, M... G... est prise de troubles gastro-intestinaux très pénibles. Elle a de l'anorexie très prononcée. Si elle essaye de manger, les digestions se font mal; elle éprouve une sensation de poids, de tension au niveau du creux épigastrique, elle a des éructations acides, parfois les aliments sont vomis, l'abdomen se ballonne légèrement après les repas et devient douloureux. La malade a de la diarrhée; les selles sont au nombre de 5 à 8 par jour; elles sont liquides, jaunâtres; le plus souvent, elles contiennent les aliments incomplètement digérés.

Le médecin traitant ordonne le régime lacté; les phénomènes gastro-intestinaux se calment.

A 21 ans, M... G... se marie avec un jeune homme bacillaire, mort depuis. Six mois plus tard, éclatent les troubles qui décident la malade à entrer, le 8 mai 1901, à l'hôpital, où elle se coucha au n° 7 de la salle Achard, dans le service de M. le professeur Grasset.

Maladie actuelle. — En janvier 1899, il y a 2 ans et demi, à l'âge de 21 ans et six mois, la malade se plaint de son côté droit, elle tousse sans expectoration et a des hémoptysies légères mais persistant pendant trois mois.

Depuis cette époque, la toux, le mal au côté n'ont pas cessé; la malade a de la dyspnée d'effort; sa voix est

éteinte. Elle a de l'anorexie et doit se faire violence pour manger. La digestion se fait mal. Après le repas, apparaît une douleur gastrique très pénible d'une heure de durée environ. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation, ni vomissements. La malade a des palpitations de cœur, de l'insomnie, des sueurs nocturnes, des sueurs diurnes au moindre effort, de la fièvre le soir, de l'asthénie générale.

Elle a beaucoup maigri depuis deux ans. Elle est pâle, brune ; ses sourcils, ses cils sont épais et longs ; les pupilles sont dilatées, régulières mais inégales.

Cœur : Normal.

Pouls : La malade étant allongée, 88° ; la malade étant assise, 96°.

Tension artérielle : Au sphygmomanomètre de Potain : 10°.

Température : 36°,8, 36°,4.

Abdomen : Depuis trois ans, l'abdomen est douloureux ; la malade a la sensation d'être serrée comme dans un étau ; il n'y a jamais eu de douleur vive ; au moment des règles, le ventre devient douloureux et se ballonne.

Le port du corset est pénible, le poids des couvertures est gênant. La palpation de l'abdomen est douloureuse dans la région sous-hépatique et la fosse iliaque gauche. A la percussion superficielle et même un peu forte, on a de la submatité dans la fosse iliaque gauche et dans la région sous-hépatique.

Appareil génital : Il y a de la leucorrhée.

Les menstrues sont abondantes, en caillots.

Le toucher révèle de l'empâtement dans le cul-de-sac gauche.

Thorax : En avant, douleur à la pression sous-claviculaire des deux côtés, mais plus intense à gauche. Percussion et auscultation normales.

En arrière : du côté droit, matité dans les fosses sus et sous-épineuses et à la base ; sonorité dans le tiers moyen.

A l'auscultation, on perçoit des craquements humides et des frottements pleuraux au sommet.

A gauche, rien de particulier.

Diagnostic. — Bacillose pleuro-péritonéale.

Traitement. — Suralimentation, viande crue, cacodylate de soude en injection (0,05 par jour).

10 juillet. Depuis quelques jours, la malade a des hémoptysies peu abondantes mais persistantes.

On ordonne 1 gramme d'ergotine en injection ; le repos absolu, le lait glacé.

28. Les hémoptysies ont cessé ; la malade se lève et s'alimente.

1er août. Même état pulmonaire et abdomidal.

Etat général se maintient assez bon

Observation IX

(Personnelle)

Troubles dyspeptiques symptomatiques d'une dyspepsie prætuberculeuse.

Marie-Louise A...., 14 ans, giletière, née à Montpellier.

Se présente à la consultation gratuite, le 3 août 1901, pour la première fois.

Antécédents personnels. — Adénopathie probablement tuberculeuse à 11 ans. Scarlatine à 12 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère d'une santé fragile ; elle tousse sans symptômes bien nets.

Père bien portant.

Marie-Louise A... a très mauvais appétit, mange mal, digère mal. Elle est ordinairement constipée ; ses dents sont

mal implantées ; on y remarque le liséré gingival de Thompson ; la langue est saburrale, les gencives sont décolorées, le faciès est pâle.

Les pupilles sont dilatées.

Maux de tête fréquents, dort trop.

Après le repas, pesanteur au niveau de l'estomac, pesanteur très pénible ; toux gastrique ; vomissements fréquents ; mange peu et souvent.

Les yeux se troublent quand elle court, les jambes lui font mal.

Névralgie temporo-faciale droite.

Asthénie générale ; a beaucoup maigri.

Poumon : A gauche, en avant à la percussion, légère matité ; à l'auscultation, obscurité légère.

A gauche, en arrière, au sommet, inspiration rude sans expiration prolongée.

En arrière, au sommet droit, obscurité respiratoire.

Cœur : Palpitations.

Artères : Petites.

Estomac : Très dilaté.

Urine : Albumine.

Observation X

Observation due à l'obligeance du professeur Tédenat

Dyspepsie rebelle.— Induration des sommets, sans toux pendant six mois.— Phtisie rapide dans la suite.

Marie P..., 19 ans, bien portante, de constitution moyenne. Réglée à 12 ans régulièrement et sans aucun accident de chlorose.

Père et mère de bonne santé; morts (en 1887 père, en 1899 mère) très âgés.

En mai 1877, dyspepsie complète, inappétence, digestions

lentes. Amaigrissement appréciable en août. Malgré le séjour à la campagne et les traitements les plus assidus (amers, eau de Vichy, pepsine, acide chlorhydrique), la dyspepsie persiste ; l'amaigrissement augmente.

En décembre, aménorrhée totale et toux sèche.

A ce moment, j'ausculte la malade et trouve un peu d'induration aux deux sommets avec expiration prolongée rude.

La malade continue dans cet état de dyspepsie.

Parfois les quintes de toux déterminent des vomissements (janvier, février 1878).

En mars 1878, hémoptysies répétées, fièvre avec pouls très rapide. Ramollissement rapide des sommets, cavernes en juin ; mort en octobre.

Observation XI

Observation due à l'obligeance du professeur Tédenat.

Troubles dyspeptiques masquant une tuberculose précoce.

Dyspepsie absolue ; amaigrissement très rapide. — Trois mois plus tard, cessation des règles, vomissements. Le ventre grossit peu à peu. On croit à une grossesse. Au septième mois de cette prétendue grossesse, symptômes de tuberculose des annexes et induration du tiers inférieur des deux poumons. Aucun des nombreux médecins consultés n'avait ausculté la poitrine, la malade n'ayant jamais toussé.

Mme C..., 30 ans, réglée à 15 ans régulièrement. De constitution moyenne, de santé délicate sans maladie sérieuse. Père bien portant, mère morte d'épuisement à 43 ans.

Accouchement régulier à 25 ans ; l'enfant mourut à 18 mois de méningite aiguë. Vers le milieu de septembre 1900, malaise général, dyspepsie que rien ne peut vaincre ; amaigrissement progressif. En décembre, les règles manquent, la dyspepsie continue et la malade vomit tout ce qu'elle prend.

Cet état continue, et, en mars, un médecin diagnostique une grossesse à cause de la suppression des règles et des vomissements.

Le même diagnostic est fait par deux autres médecins.

Au commencement de juillet 1901, un médecin adresse la malade à M. Tédenat : malade très pâle, très maigre (elle a perdu 15 kil.). Pouls à 110. Un peu d'ascite ; utérus petit, adhérent, annexite noduleuse bilatérale. Induration des sommets avec craquements humides.

La malade n'a pas toussé et n'a jamais été auscultée.

Observation XII

Observation rapportée par Vergely, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (Congrès de Montpellier 1898).

Troubles gastro-intestinaux avec prédominance d'une diarrhée de longue durée annonçant longtemps à l'avance une tuberculose.

Malade atteint d'une diarrhée abondante datant de huit mois. Les médecins qui l'avaient traité précédemment avaient diagnostiqué une diarrhée tuberculeuse. Le diagnostic bactériologique avait été négatif. Le malade avait deux, trois selles matinales, indolores, jaunâtres, un peu muqueuses. Il avait perdu cinq kilos et ses forces étaient très diminuées. Toutes les médications avaient échoué, et le régime lacté, continué trois semaines, avait affaibli le malade et était resté sans résultat. Vergely croyait à une tuberculose intestinale : il soumit le malade à l'usage de la viande crue hachée, pilée et tamisée, digérée dans un bouillon de végétaux acides à 38° et fit des irrigations intestinales matin et soir avec trois litres d'eau naphtolée camphrée. Quinze jours après, la diarrhée disparaissait, les selles devenaient normales et le malade reprenait son poids primitif. Le professeur Vergely

pensa avoir porté un diagnostic erroné. Deux mois après, un petit ganglion de l'aisselle gauche se tuméfie et se ramollit peu à peu ; il en sortit une matière abondante caséeuse et tuberculeuse. Ce fut le tour ensuite d'un ganglion de l'aine du même côté. L'examen bactériologique était positif à ce moment-là.

DEUXIÈME PARTIE

Etude thérapeutique du syndrome gastro-intestinal.

Nous sommes arrivés à la seconde partie de notre travail, à l'étude thérapeutique du syndrome gastro-intestinal. Cette étude sera naturellement, à notre grand regret, une étude restreinte. Nous ne pouvons nous étendre trop longuement sur le traitement de la tuberculose, nous serions par là bien inférieurs et par trop au-dessous de la tâche que nous nous serions imposée.

Nous parlerons rapidement du traitement général de la tuberculose au début, traitement que nous n'hésiterons pas à instituer, lors même que notre diagnostic serait en suspens. Nous parlerons de ce traitement avec ce que les découvertes nouvelles et les progrès de l'observation nous donnent de meilleur et d'éprouvé, dans le but thérapeutique de guérir la phtisie. Nous insisterons ensuite sur le traitement symptomatique du syndrome gastro-intestinal, précurseur d'une tuberculose.

1) Traitement général de la phtisie au début.

(a) Régime de vie : Repos et aération permanente dans des sanatorias comme Goebersdorf (Silésie), Falkenstein (Taunus), Davos (Engadine), Vernet (Pyrénées-Orientales), Leysin (canton de Vaud).

Le régime de vie adopté dans les sanatorias peut être appliqué dans les installations particulières ; il suffit de disposer d'un appartement à chambres vastes, d'un jardin et d'une guérite de bains de mer, capitonnée et ouverte sur une de ses faces.

Le repos sera physique, intellectuel et moral.

Le prætuberculeux doit se reposer au grand air ; le jour dans une vérandah ouverte, la nuit dans une chambre à fenêtres ouvertes ; il doit bien se couvrir, ne jamais souffrir du froid. Si le malade ne veut pas s'enfermer dans le sanatorium, l'envoyer vivre dans le climat qui convient le mieux à son état.

C'est ici surtout qu'il ne faut pas craindre d'envoyer nos prætuberculeux dans des climats d'altitude ou à basse pression barométrique, station comprise entre 1000 et 1900 mètres, possédant une action fortifiante, reconstituante et stimulante (Leysin, 1300 mètres, Davos-Platz 1556 mètres, Samaden 1743 mètres, Saint-Moritz 1855).

Conseiller au prætuberculeux un séjour pendant l'été, dans une station thermale, où il se reposera, vivra au grand air et ne fera qu'un minimum de traitement thermal.

L'envoyer à La Bourboule, au Mont-Dore, aux eaux sulfureuses faibles des Pyrénées, particulièrement aux Eaux-Bonnes. Cure Marine.

Régime alimentaire : Viande, œufs, graisses, lait, peu de féculents et encore moins de légumes verts.

Comme boissons, vins généreux, thé alcoolisé, bière, lait additionné de cognac.

Si l'état dyspeptique et les fonctions gastriques s'atténuent chez nos prætuberculeux, donner la viande crue d'après la méthode de Fuster, suivie d'ingestion d'alcool à dose filée mais continue. Instituer le traitement de Richet, c'est-à-dire prescrire au malade le plasma musculaire.

Stimulation cutanée : Prescrire les frictions à nos prætuberculeux, tous les matins ou tous les soirs s'il se présente des sueurs nocturnes. Frictionner rapidement le corps avec de l'alcool de lavande ou de l'essence de térébenthine, puis faire une friction sèche avec des gants de flanelle ou une serviette rude.

Les lotions fraîches, vinaigrées ou salées, sont utiles aux prætuberculeux qui ont une légère fièvre vespérale ou une asthénie générale de l'organisme avec refroidissement fréquent des membres inférieurs.

Se servir d'eau de 20 à 30°; durée de la lotion ou de l'immersion : 15 à 20 secondes. Conseiller les douches froides de 4 à 10 secondes de durée seulement.

Chez nos prætuberculeux dyspeptiques nous ne prescrirons pas l'huile de foie de morue : nous préférons administrer la glycérine salée à la dose de 40 gram. par jour ou encore :

Glycérine.....	40 gram.
Rhum ou cognac.....	10 —
Essence de menthe.....	1 goutte (Jaccoud).

A prendre en 3 fois dans la journée, aux repas ou dans l'intervalle des repas.

L'arsenic, administré par la voie stomacale, est contre-indiqué chez nos prætuberculeux qui présentent des troubles gastro-intestinaux.

C'est sous la forme de cacodylate de soude en injection sous-cutanée (0,05 par jour) qu'il faudra le prescrire, et cela 8 jours durant après 8 jours de repos.

Donner l'eau arsenicale de la Bourboule à la dose de 1 verre à bordeaux tous les jours.

Prescrire le lait phosphaté, c'est-à-dire le lait d'une vache qui absorbe tous les jours 80 gram. de phosphate de chaux ou d'une chèvre qui en absorbe tous les jours 30 gram.

Administrer le phosphate de chaux à la dose de 2 à 3 gram. par jour; les glycérophosphates, les lactophosphates de chaux.

Pour soutenir la nutrition, faire boire par jour 1 litre de lait additionné de 3 gram. de chlorure de sodium.

Le cacodylate de gaïacol, obtenu pour la première fois par Barbary, de Nice et Rebec, a été utilisé depuis 1899 dans le traitement de la tuberculose. On l'emploie en injections et dissous dans une préparation huileuse représentant, pour une ampoule de 10 gram. d'huile stérilisée, 0,0354 d'acide cacodylique correspondant à 0,05 de cacodylate de soude et 0,05 de gaïacol.

On injecte une ampoule tous les deux jours; le traitement est interrompu pendant huit jours et repris.

Le cacodylate de gaïacol agit :

1° Sur la nutrition générale en renforçant l'organisme par l'acide cacodylique;

2° Sur la tuberculose elle-même comme modificateur du terrain et comme aboutissant à l'évolution arthritique par le gaïacol.

Des résultats durables et rapides ont été constatés sur 50 malades.

Le traitement par le cacodylate de gaïacol a été joint à l'hygiène antituberculeuse.

Landerer le premier a employé le cinnamate de soude ou Hétol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Après lui, Schottin (de Munich) (In munchener med. Wochenschrift 1892) et Heusser (de Davoz) In therapeutische monatsch. 1897) essayèrent ce traitement et en donnèrent quelques résultats. En 1899, Landerer fit paraître à Stuttgart une nouvelle brochure appelant l'attention sur l'acide cinnamique, et dernièrement Gidionsen et Frœnkel ont publié les résultats de leurs recherches dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par les dérivés de l'acide cinnamique.

Le travail de Landerer est basé sur près de 250 observations, dont 40 de *tuberculose précoce* ; si on prend ses conclusions, les résultats du traitement de la tuberculose seraient des plus heureux.

2) Traitement symptomatique des troubles gastro-intestinaux prætuberculeux

Fièvre vespérale : Antipyrine à doses fractionnées et décroissantes (1 gr. 0,75 centigr., 0,50 centigr.), soit en cachets, soit en potion (Grasset).

On peut encore donner l'antipyrine d'après la méthode de Daremberg.

On peut donner encore l'acétanilide, la phénacétine, l'acide salicylique.

Prescrire, en outre, l'aération permanente aussi large que possible, de préférence le plein air, associé au régime du repos absolu, dans la station allongée.

Sueurs nocturnes : Granules de sulfate d'atropine à 1/2 milligr.

Prendre deux à trois granules dans la soirée, de deux en deux heures. — Sels de quinine. — Sulfonal.

On peut donner encore : Tellurate de soude, 5 centigr.; Excipient, Q. S. (Neusser).

Pour une pilule à prendre dans la soirée.

Frictions générales faites le soir.

Coucher la fenêtre ouverte,

Donner contre l'hyperchlorhydrie le bicarbonate de soude à la dose de 2 à 3 grammes au moment des paroxysmes douloureux ; alimentation très azotée (viande, œufs et lait), pauvre en végétaux, particulièrement en féculents.

La *dyspepsie* du prætuberculeux, liée à l'*hyperchlorhydrie* et à l'*inertie stomacale*, sera combattue comme suit :

1° 1/2 verre à 1 verre d'eau de Vichy, une demi-heure avant les repas ;

2° Au commencement du repas, craie lavée ou magnésie calcinée ; magnésie calcinée 30 centigr.

Pour une prise : en prendre 2 à 3 au commencement du repas ;

3° Régime alimentaire, ni uniforme, ni systématique ; aliments excitants, épicés et de haut goût, viandes froides charcuterie, poissons, légumes secs décortiqués ; ne pas prescrire les aliments acides ou assaisonnés avec du vinaigre, la salade, koumys, képhir ;

4° Boissons chaudes abondantes et stimulantes, comme le thé, ou bien alcoolisées par l'addition de liqueurs. Pas de vin, de bière, de boissons gazeuses ou glacées. (G. Sée).

Donner aussi la strychnine à la dose de 2 centigr., dans une solution de 100 grammes.

Prendre au début une 1/2 cuillerée à café pendant le même laps de temps, et ainsi de suite, en augmentant tous les trois ou quatre jours d'une 1/2 cuillerée jusqu'à trois ou quatre cuillerées à café par jour.

Dans le cas de fermentations stomacales anormales : lavage d'estomac.

Contre l'*anorexie* : Nous savons tous que tant vaut l'estomac chez le tuberculeux, tant vaut le malade.

Un tuberculeux qui peut s'alimenter est en bonnes conditions pour lutter contre le bacille de Koch, espérer sa guérison ; malheureusement, il arrive fréquemment qu'un des premiers symptômes, comme l'a démontré notre travail et nos observations, alors même que les lésions pulmonaires sont latentes, est une *anorexie* absolue. Malgré les conseils de son médecin qui lui ordonne la suralimentation, le tuberculeux fait tous ses efforts, mais ne peut réussir à manger. C'est en vain que l'on essaie l'un après l'autre tous les amers, ils

échouent tous ; l'amaigrissement progresse et la cachexie s'installe peu à peu.

On vient d'étudier une substance médicamenteuse qui, s'il faut en croire les premiers résultats publiés, constituerait un médicament stomachique admirable, un apéritif dans le vrai sens du mot. C'est la *persodine* ou persulfate de soude.

La *persodine* est un corps très oxydant, extrêmement altérable à l'air et demandant cependant un état de pureté parfait pour être administré sans inconvénients.

Le docteur Nicolas, de Lyon, qui en a fait une étude complète, a montré, par des expériences nombreuses, que son degré de toxicité était fort peu élevé, surtout si on le compare à celui des sels d'arsenic et de vanadium qu'on administrait dans le même but.

Chez les cobayes auxquels la persodine était administrée, les digestions paraissaient plus actives et il y avait en fin de traitement une augmentation de poids manifeste.

Des essais sur les lapins et les cobayes on a passé à l'expérimentation chez l'homme, dans notre service de l'hôpital général (clinique des vieillards), nous avons repris, après Nicolas et le docteur Garel, ces recherches et nous avons obtenu les plus heureux effets. Ce sont des tuberculeux plus ou moins avancés qui ont été soumis à cette médication (observations publiées dans la thèse de Ricome, juillet 1901).

Le sel, avons-nous dit, doit être absolument pur, il est fourni par le laboratoire des frères Lumière.

Le sel doit être pris à jeun quand l'estomac est vide d'aliments, soit environ 1 heure ou 1 heure 1/2 avant le repas.

On le donne à la dose de 20 centigrammes dans un quart de verre d'eau pure, la solution n'est pas désagréable à prendre et ne provoque, en général, aucune manifestation.

A partir du second ou du troisième jour, nos malades, ainsi que ceux du docteur Garel, éprouvaient un désir impé-

rieux de manger ; ils avaient l'estomac creux et réclamaient des suppléments de ration hospitalière. Mais ce n'est pas tout pour un malade d'absorber des aliments, il faut les assimiler. Ce qui frappe dès le début de cette médication, c'est la facilité avec laquelle s'accomplit la digestion ; aussi voit-on les forces augmenter, le malade reprendre la vie. Il va sans dire que, pour obtenir des effets durables, il faut, comme pour toute médication, la suspendre au bout de 3 ou 4 semaines pour la reprendre après un certain intervalle.

Il ne faut pas croire cependant que ce soit un médicament qui donne la guérison de la tuberculose ; c'est un apéritif sans danger qui permet de remonter les forces, de tonifier, d'alimenter les malades et de leur fournir, dans la mesure du possible, les moyens de lutter contre leur tuberculose et le dépérissement qu'elle entraîne.

Contre la *toux gastrique* et les *vomissements* et la *douleur* qui suivent l'ingestion des aliments : anesthésier la muqueuse gastrique avec :

Alcool rectifié.....	aa 5 gr.
Teinture d'iode.....	
Acide phénique pur.....	

(Marfan).

V à VI gouttes, dans un peu d'eau au commencement de chaque repas.

Menthol.....	5 gr.
Créosote de hêtre.....	4 gr.
Alcool rectifié.....	10 gr.

VI gouttes, au début des repas dans l'eau (1/2 grand verre).

Si les vomissements persistent, lavage d'estomac suivi de gavage.

Quant à la *dilatation de l'estomac* qui existe, nous l'avons vu, chez les deux tiers des tuberculeux, le professeur Bou-

chard en précise magistralement les indications thérapeutiques : distendre l'estomac le moins possible, le moins souvent possible et le moins longtemps possible.

Dans ce but, permettre seulement deux repas, séparés par un intervalle de 9 heures, si le cas est grave. Le plus souvent, permettre trois repas, avec un intervalle de 4 à 5 heures entre le premier et le second (7 heures du matin), et de 8 heures entre le second et le troisième (midi et 8 heures du soir). Réduire la quantité quotidienne des liquides à 600 ou 700 gr. Boire un grand verre aux deux principaux repas, un autre au premier repas. Proscrire le vin rouge, boire du vin blanc coupé d'eau d'Alet, de Vals, ou du thé très léger avec du lait. Défendre les eaux minérales gazeuses.

Interdire les potages liquides, les ragoûts, les sauces grasses, la viande de porc, la charcuterie, le gibier faisandé, les homards, les poissons de mer, les mets épicés, les fritures, les féculents (pomme de terre), les crudités (salade, radis, artichauts), les pâtisseries, les fruits crus et la mie de pain.

Permettre les œufs à la coque ou sur le plat, les viandes grillées, de préférence des viandes froides et très cuites; le poisson d'eau douce bouilli ; des potages épais de riz, d'orge, de gruau, de purée de lentilles et haricots ; des fromages frais, des compotes de fruits. Manger seulement la croûte du pain et du pain grillé.

Comme fruits frais, permettre : les fraises, les pêches, les bananes, les figues et les raisins.

Mathieu, à son tour, nous dit que, lorsque les viandes et les farineux ne sont pas digérés et lorsqu'il y a des phénomènes douloureux, il faut insister sur le régime lacté sans dépasser 2 litres et demi de lait par jour en 10 doses de 250 grammes chacune.

Arriver par transitions insensibles au *régime mixte*; ajouter successivement au lait un potage au riz, à l'orge, à l'avoine, au gruau, puis un œuf, du poisson bouilli, de la volaille froide, de la purée de lentilles, de haricots et en venir lentement au régime ordinaire de la dilatation stomacale.

Pratiquer le lavage de l'estomac dans les cas très prononcés, s'il persiste des résidus alimentaires 6 ou 7 heures après l'ingestion.

Employer pour les lavages l'eau de Vichy ou encore pour 1 litre d'eau bouillie : ou bien 10 gr. de sulfate de magnésie, ou bien 10 gr de bicarbonate de soude, ou bien 0,25 centigrammes de naphtol, ou bien 0,50 centigrammes de permanganate de potasse.

Instituer l'antisepsie gastro-intestinale.

Contre les *palpitations gastriques* on donnera la digitale sous forme de teinture.

Contre la *diarrhée*, le malade sera soumis à l'usage de la viande crue, hachée, pilée, tamisée et digérée dans un bouillon de végétaux acides à 38°, et on fera en même temps des irrigations intestinales, matin et soir, avec 3 litres d'eau naphtolée camphrée.

Peter prescrivait les pilules au nitrate d'argent à la dose de 0,05 centigrammes pour 5 pilules dans les 24 heures.

En cas de *diarrhée* avec *troubles gastriques* très intenses quand les vomissements rendent impossible l'alimentation par la bouche, donner toutes les heures des lavements de bouillon dextrinisé comme le conseille Levier : mettre 1 poulet et 1 kilogr. de viande dans 1 litre et demi d'eau ; faire bouillir pendant 2 heures dans une marmite de Papin ; dégraisser et injecter dans le rectum 30 gr. de ce liquide, toutes les heures, en y dissolvant une cuillerée à café de dextrine.

Ajoutons, pour finir, qu'il est de la plus grande rigueur de ne pas négliger et l'antisepsie buccale, et la toilette dentaire, et cela matin et soir.

La prophylaxie et l'hygiène de la tuberculose rentrent, bien entendu, en première ligne dans le traitement du syndrome gastro-intestinal précurseur d'une tuberculose.

CONCLUSIONS

Nous avons mesuré toute la valeur du syndrome gastro-intestinal précurseur d'une tuberculose, nous avons insisté sur son importance capitale.

On peut voir d'après notre travail et d'après nos observations personnelles, dont nous aurions bien pu augmenter encore le nombre, combien il est de toute nécessité de faire un diagnostic causal.

Ce syndrome initial de la phtisie, auquel Marfan a donné son nom, est aussi de la plus grande fréquence ; plus fréquent qu'on ne le croit peut-être ! Aussi ne craignons-nous pas d'insister sur son importance ; irions-nous jusqu'à l'exagération qu'on nous le pardonnerait. Ces gastrites, ces gastralgies, ces dyspepsies rebelles devant qui toute médication échoue, que rien ne peut expliquer, finissent par dérouter le médecin qui n'est pas prévenu, et c'est alors que fort tard, malheureusement, apparaît le véritable mal ravageant l'organisme et semant la mort à brève échéance.

Aussi, en présence de troubles gastriques rebelles, ayons toujours notre attention éveillée, songeons à une tuberculose possible, et souvent nous ne serons peut-être pas certains, mais amenés à asseoir définitivement notre diagnostic pathogénique. Il faudra tenir grand compte de l'état général, de l'état des forces, de la fièvre vespérale, des sueurs nocturnes de cette diarrhée que rien n'explique, de ces vomissements,

de cette anorexie enfin, *que rien ne peut réveiller*, car un dyspeptique banal n'a rien de semblable.

Et pourtant, si de tous les symptômes cliniques précurseurs d'une tuberculose nous ne trouvions que ce syndrome gastro-intestinal seul, n'hésitons pas à faire un diagnostic pathogénique, car la science, avec ses découvertes admirables, nous a mis en main depuis dix ans des symptômes scientifiques, tels que la *recherche des bacilles de Koch*, la *spirométrie*, la *pneumographie*, l'*examen du sang*. Les autres procédés scientifiques viendront nous aider aussi ; la *radiographie*, la *radioscopie*, la *diazoréaction*, les injections de *tuberculine* et de *sérums* et la *séro-réaction* enfin.

Il est certain que, de tous ces symptômes scientifiques, aucun ne possède une importance absolue, indiscutable, mais tel d'entre eux qui, isolé, attirerait à peine l'attention devient plus sûr lorsqu'il se joint à d'autres analogues, lorsqu'il vient expliquer ces symptômes cliniques qui font penser à toute autre affection qu'à la tuberculose.

Enfin, sans se désespérer et avec patience, nous ferons tous nos efforts pour dépister, par tous les moyens et jusque dans ses retranchements les plus obscurs, cette tuberculose qui fauche tant de vies. Dès lors, une thérapeutique bien entendue, aidée des découvertes modernes, des conceptions nouvelles, viendra nous démontrer que la tuberculose est curable à ses débuts.

En terminant, nous citerons encore une fois cette parole de Germain Sée qui sera pour nous un avertissement autant qu'un enseignement pour lutter contre ce mal le plus grand ennemi de l'humanité ! « *Le tuberculeux commence souvent et finit presque toujours par la gastro-dyspepsie.* »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arthaud (G.) — Étude sur le diagnostic précoce de la tuberculose dans ses diverses formes (Congrès de la Tuberculose, 1893).

Arlaing, Rodet et Courmont. — Étude expérimentale sur la tuberculine. (Congrès de la Tuberculose, 1891).

Andral. — Leçons de Pathologie interne.

Andressen. — (Saint-Pétersbourg médic. Woch, 1895. Station de Jalta).

Brouardel. — Mortalité par tuberculose en France. — Commission chargée de rechercher les moyens de combattre la propagation de la tuberculose, Melun, 1900. (Ministère de l'Intérieur, Comité consultatif d'Hygiène).

Beau. — Union médicale, Juillet 1849.

Bourdon (H.) — Actes de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1852.

Battle. — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire. Thèse, Paris, 1887.

Bard. — Rapport fait au Ve Congrès de Médecine interne. Congrès de Montpellier, 1898.

Berthier. — Revue de la tuberculose, 1898.

Barbary (de Nice). — London, 22-27 Juillet 1901.

Buard (de Bordeaux). — La séro-réaction comme moyen du diagnostic de la tuberculose.

Brouardel. — La lutte contre la tuberculose.

Bernheim (Dr Samuel). — De la transformation du terrain tuberculeux hypoacide en terrain arthritique hyperacide. (London, 22 et 27 Juillet 1901).

Brieger et Neufeld. — (Deutsch med. Woch. 1900).

Bouchard. — Traité de pathologie générale. Paris, 1895.

Bire (Dr). — Observations (Thèse Pujol, Janvier 1901).

— Observations (Thèse Ricome, Juillet 1901).

Bazin. — Essai d'une méthode de traitement de la phtisie pulmonaire.

— Maladies de l'estomac. Troyes, 1887.

Beclère. — Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose, 1899.

Cazeneuve. — Étude sur les troubles gastriques dans la tuberculose. (Thèse, Paris, 1883).

Cartaz (Dr). — Revue bleue, Juin 1901.

Catrin. — Revue de la tuberculose, Avril 1898.

Cardile. — In Reforma med., 2 Mai 1898.

Chuquet. — L'hygiène des tuberculeux. Introduction par Daremberg, Paris, 1899.

Damaschino. — La tuberculose, 1891.

Dumont (L.) — Contribution au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. In médecine moderne, 1900.

Dubois. — De la pathogénie de l'albuminurie prætuberculeuse. Soc. de biologie. Séance du 26 Décembre 1896.

Dettweiler. — Statistique du sanatorium de Falkenstein 1887.

— Traitement hygiénique de la phtisie, 1888.

Daremberg (G.) — Traitement de la phtisie pulmonaire, 1892.

Epina y Capo. — Diagnostic précoce de la tuberculose. (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888).

Froenkel (Fr.), (de Heidelberg). — Deutsches Archiv. fur Klin. Médic. Vol. 65, fasc. 5 et 6.

Frœnkel (N.), (de Berlin). — La tuberculine et le diagnostic précoce de la tuberculose. Berlin Klin. Wochen., n° 12.

Sée (Germain). - La tuberculose.

— Hygiène alimentaire, 1887.

Grasset. — Des vomissements hystériques prætuberculeux.

Gaillard. — Médecine moderne, n° 97, p. 737, année 1896.

Grasset et Vedel. — Académie de Médecine, 25 Février 1896.

Héricourt et Richet. — Ac. de Méd., 28 nov. 1899.

Hayem — Du sang et de ses altérations anatomiques, 1889.

Hanot.— Début de la phtisie pulmonaire. Semaine médicale, 1895, pag. 431.

Herard, Cornil et Hanot. — La phtisie pulmonaire.

Hobbs (de Bordeaux). — British Congress on Tuberculosis for the prevention of Consumption (22-27 juillet 1901, London).

Hirtz et Brouardel. — Pneumographie clinique. Presse médicale, 19 mai 1900.

Holmes.— Deuxième Congrès Américain-Mexico, 1896.

Huchard. — Thérapeutique, 1896.

Immelmann.— Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire au moyen des rayons X. Deutsche med. Zeitsch, 17 avril 1899.

Jaccoud.— Traité et curabilité de la tuberculose pulmonaire.

— Thérapeutique.

Knopf.— Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire. Paris 1900.

Lebert.— Traité clinique et pratique de la phtisie pulmonaire.

Louis.— Recherches sur la phtisie, page 408.

Laennec.— Tome II, pag. 253.

Landerer. — Journal des Praticiens, 1899.

Lévier.— Memoria. Valore therapeutico del brodo, 1869.

Louis. — Recherches sur la phtisie. Deuxième édition, 1843, pag. 267.

MARFAN. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire, thèse Paris 1887.

— Traité de médecine, tome IV, pag. 679.

MATHIEU. — Gazette des hôpitaux, 1900.

— Maladies de l'estomac. Thérapeutique des maladies de l'intestin, 1901.

MICHAÉLIS. — Signification, diagnostique et pronostique de la diazoréaction chez les phtisiques. Klin. Wochenschrift. Berlin, 27 mars 1900.

MORTON. — Opera medica. De phtisi, tome I.

ORION. — Diagnostic précoce de la tuberculose. Annales d'hyg. pub. et de méd. lég., 1899.

PEGURIER (de Nice). — Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques, 1901.

PETER. — Clinique médicale, tome II, pag 312. 1879.

QUINQUAUD. — Etudes de thérapeutique expérimentale et clinique.

REVEILLOD. — Congrès de médecine. Montpellier, avril 1898.

ROBIN. — Thérapeutique des maladies de l'estomac.

ROUSSEL. — Loire médicale, mars et octobre 1900.

SIROT. — Valeur séméiologique et pronostique de la tachycardie dans la tub. pulm. Semaine méd., 1898, pag. 263.

TURBAN. — In Semaine médicale, 1899, pag. 181.

VERGELY (de Bordeaux). — Congrès de la tuberculose. Montpellier, avril 1898.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 29 Octobre 1901.
Le Recteur,
A. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 29 Octobre 1901.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

SUR LES DIVERS MODES

DE

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE

DES NÉVRITES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ..... DOYEN
FORGUE ..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. VALLOIS	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE. agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	H. BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
DE ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. IMBERT, *président.*
HAMELIN.
BROUSSE.
VEDEL.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.